



FORMULARIO DE DECLARACION DEL CLIENTE

NOTA: Si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar, no se le retirará ni retendrá ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciben financiamiento federal.

DECLARACION DEL CLIENTE

Por el presente documento, yo (1) _____ doy mi permiso por mi propia y libre voluntad
(La persona que se hará esterilizar)

para ser esterilizado/a por (2) _____ a través de un método denominado
(Médico)

(3) _____ . Mi consentimiento expira 180 días después de la fecha de mi firma abajo.
(Especifique el tipo de operación)

Asimismo, doy mi permiso para revelar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

- Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos; o
- Funcionarios de programas o proyectos financiados por el Departamento, pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

(4) _____ (5) _____
Firma Mes Día Año

Por favor proporcione la siguiente información, pero no es obligatoria. *Designación de raza y origen étnico (por favor marque):*

- Indio nativoamericano o de Alaska Negro (no de origen hispano) Blanco (no de origen hispano)
 Asiático o de las Islas del Pacífico Hispano

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE (Para ser utilizada si se proporcionan los servicios de un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada)

He traducido la información y los consejos que proporcionó en forma oral la persona que está obteniendo este consentimiento para la persona que se hará esterilizar. También he leído para esta persona el formulario de permiso en _____ y le he explicado su contenido. Según lo mejor de mis conocimientos y convicción, él/ella ha entendido esta explicación.
(Idioma)

Intérprete

Fecha